

К вопросу о диагностике и терапии язв желудка и 12-перстной кишки.

Г. Я. Гехтмана.

За последнее время язвы желудка и duodeni стали менее часты, зато участились случаи пред'язвенных состояний. В силу нервности населения повысилась склонность к спазму желудочно-кишечных жомов, главным образом привратника и баугиновой заслонки. Уменьшение частоты язв желудка, быть может, объясняется улучшением социальных условий жизни населения и его питания. Что нецелесообразное питание может дать повод к развитию круглой язвы желудка, на это было уже неоднократно указываемо,—напр., Gerhardt'ом ¹⁾, Шперком и Sohler'n'ом ²⁾. Последние отмечают, что язва желудка встречается реже там, где обитатели питаются почти исключительно растительной пищей, причем в кровь вводится большое количество калийных солей. Повышенное содержание калия в крови, по Sohler'n'y, и служит причиной относительной невосприимчивости к язве, что вполне согласуется с тем фактом, что язва желудка редко встречается у травоядных, кровь которых, как известно, богата фосфорнокислым калием. С другой стороны, быть может, болезни, сопровождающиеся обеднением крови эритроцитами или изменением последних, каковы хлороз, анемия и т. д., способствуют развитию язвы потому, что при них кровь содержит меньше калия.

Что касается терапии язв желудка и duodeni, то она имеет безусловно большое практическое и социальное значение. Необходимо стремиться к тому, чтобы язвенных больных сделать как можно скорее работоспособными в интересах и самих больных, и государства. Это и есть причина, почему теперь много стараний уделяют вопросу лечения язв желудка и 12-перстной кишки.

Мы не будем касаться громадной литературы данного вопроса, а перейдем непосредственно к изложению собственных наблюдений в клинике проф. Я. А. Ловцкого за последние три года и в поликлинике Василеостровского района. За это время мы наблюдали в женском терапевтическом отделении вышеуказанной клиники 56 язвенных больных, а в поликлинике—26, всего 82. Из этого числа женщин было 70 человек, мужчин—12, из поликлинического материала. Язва желудка имела место у 32 больных, язва 12-перстной кишки—у 50. Что касается возраста, то моложе 30 лет было 27 наших больных, от 31 до 40 л.—31, от 41 до 50 л.—14, от 51 и выше—10. Весь этот материал был тщательно проанализирован как клинически, лабораторно, так и рентгенологически.

Диагноз хронической язвы желудка и duodeni не представляет затруднений, если имеются налицо все клинические явления, раз же этого

нет, диагноз может быть поставлен только с известной вероятностью. Особенно это относится к самым начальным стадиям язвенного процесса. В указанных стадиях болезнь проявляется теми неприятными ощущениями, неопределенным чувством давления, преходящими тянущими болями и связанными с ними расстройствами аппетита, которые встречаются в начале столь многих заболеваний желудка. Язык, однако, обыкновенно бывает у больных чист или умеренно обложен у корня. Если подробно спросить больных, то оказывается, что они, правда, едят мало и придерживаются вообще довольно строгой диеты, но не вследствие отсутствия аппетита, а из страха обильной едой вызвать боль: гастральгия составляет уже раннюю характерную черту картины болезни. Лишь сопутствующий катарр желудка дает себя знать тем, что у больных замечаются отсутствие аппетита, неприятный вкус во рту, отрыжка, foetor ex ore, сильно обложенный язык. Напротив, в большинстве случаев язвы язык имеет такой хороший вид, настолько влажен, гладок, такого розового цвета, что уже одно это обстоятельство у больных с гастральгией сразу должно возбуждать, по Ewald'у, подозрение относительно язвы. Обычно у больных существует запор, в исключительно редких случаях чередование поносов с запорами; крайне редко отправления кишечника нормальны и не представляют никаких расстройств. Часто мы наблюдаем повышение температуры, которое обуславливается воспалительными процессами — гастритом и перигастритом. Язвы желудка недавнего происхождения не сопровождаются заметным упадком питания, но в дальнейшем у большинства больных, вследствие скудной диеты, наступает исхудание, степень которого находится в зависимости от прежнего состояния питания, — у крепких, тучных людей оно бывает выражено сильнее.

В симптоматологии язвенных больных видное место занимает рвота, особенно кровавая. Рвота наступает обыкновенно вскоре после еды. Она является следствием раздражения, производимого пищей, resp. чрезмерно кислым желудочным содержимым, на стенки желудка и, главным образом, на обнаженную язвенную поверхность. Наступлению ее способствует и то обстоятельство, что язва вызывает судорожное сокращение и закрытие привратника, что в свою очередь влечет за собою появление не только болей, но и усиленные и притом антиперистальтические движения желудка. По временам наступают периоды, когда рвота у больных крайне учащается, и желудок не переносит никакой пищи. Кровавая рвота наступает внезапно, без видимого повода; но бывает и так, что ей предшествуют причины психического или физического характера, обуславливающие повышение деятельности сердца, каковы, напр., радость, испуг, сильные напряжения, внешние насилия (падение, толчок, удар и т. д.), натуживание при дефекации. У наших больных нам пришлось наблюдать кровавую рвоту в 21 случае (25%), преимущественно у женщин в возрасте моложе 30 лет. Из клинических симптомов мы придавали, далее, значение болезненной зоне Mendel-Baas'a, которая отсутствовала лишь приблизительно в 30% случаев. В 60% случаев мы встречали повышенную сократимость m. recti abdominis при ударе пальцами. Симптомы Boas'a, Опенховского, Гербста и др. встречалась у наших больных еще реже.

Из лабораторных исследований мы у всех стационарных больных производили тщательное исследование мочи, испражнений, крови. Во всех

этих случаях исследовалось также желудочное содержимое тонким зондом, определялась скорость оседания эритроцитов, проделывалась реакция Matéfy, определялась функция кишечника по Ad. Schmidt'y и Strassberger'y, исследовался кал на скрытое кровотечение, рентгеноскопировался желудок, а в некоторых случаях снимались рентгенограммы. У амбулаторных больных мы исследовали желудочное содержимое толстым зондом после пробного завтрака Boas-Ewald'a, исследовали кал на скрытое кровотечение по Gregersen'y и рентгеноскопировали желудок.

В видах экономии места мы остановимся здесь только на результатах исследования желудочного содержимого тонким зондом, исследования кала на скрытое кровотечение и рентгеноскопии.

При исследовании желудочного содержимого тонким зондом мы в качестве пробного завтрака давали мясной бульон, основываясь на наблюдениях д-ра Кузьминых³⁾. Бульон был приблизительно одинаковой концентрации, так как известно, что сокоотделительное действие его стоит в зависимости от находящихся в мясе и переходящих при кипячении в бульон экстрактивных веществ (Павлов⁴⁾, Бабкин⁵⁾. При исследовании желудочного содержимого тонким зондом мы обращали внимание не только на кислотность, но и на функциональный тип, так как кривая кислотности может быть различна при одном и том же заболевании. Типы кривых кислотности своеобразны даже у больных с однородным патологическим состоянием. Они не могут дать нам верного отношения к клинической картине, кроме achylia gastrica. Различная кислотность зависит от индивидуально-различных импульсов регуляторного аппарата—нервного или гормонального характера. Неудовлетворенность результатами, полученными нами от кривых кислотности, заставила нас искать новых путей исследования желудочного содержимого, и мы остановились на определении функциональных типов по Зимницкому⁶⁾. Но для установления типов повторное подкармливание необязательно, — их можно установить и при помощи одного только завтрака (Гехтман⁷⁾. У менструировавших женщин желудочное содержимое исследовалось во время интервала между менструациями, так как известно, что во время menses цифры свободной HCl и общей кислотности больше, двигательная функция желудка является более сильной, опорожнение желудка происходит более быстро. Эти явления объясняются внутрисекреторными влияниями на вегетативную нервную систему (Hess, Leo und Faltischeck⁸⁾).

Из исследованных нами 56 стационарных больных повышенная кислотность была обнаружена у 32, пониженная—у 20, нормальная—у 4. Мы считали при мясном бульоне кислотность пониженной, если свободной HCl было не более 25, нормальной—при свободной HCl не более 50, повышенной—при свободной HCl более 50 (Boird, Campbell⁹⁾. Что касается функциональных типов желудка, то из патологических типов нам встречался большею частью астенический (64%), нормальный встретился в 25,5%, инертный—в 9,5%. Из амбулаторных больных, при исследовании желудочного содержимого толстым зондом, повышенную кислотность мы нашли у 10, нормальную—у 5 и пониженную—у 11.

Различная кислотность зависит не только от различной локализации язвы (Локтионова¹⁰⁾ и от вторичных изменений слизистой желудка (Филимонов¹¹⁾), но и от неуловимых влияний на центральную

нервную систему (условные рефлексы, Кончаловский). За последнее время некоторые авторы считают, что гастрит является не следствием круглой язвы, а, наоборот, типичные круглые язвы желудка могут образоваться от первичного язвенного гастрита. Gruber¹²), Konjetzny und Puhl¹³) говорят о т. наз. status ulcerosus.

Данные исследования желудочного содержимого говорят нам, что кислотности желудочного сока не следует придавать такого значения, какое ей приписывается в учебниках. Hyperaciditas встречалась в 84% случаев язв duodeni и только приблизительно в 20% язв желудка. Затем из вышеуказанного мы знаем, что кислотность желудочного сока меняется в зависимости от многих, иногда даже неуловимых причин, и потому мы все больше приходим к заключению, что невозможно основываться на кислотности при постановке диагноза язв желудка.

Исследованию кала на скрытое кровотечение у язвенных больных также не следует придавать того значения, какое им приписывают некоторые авторы. Скрытое кровотечение у язвенных больных встречается периодически, почему здесь необходимы повторные исследования. Более важное значение для диагностики язв желудка и duodeni имеет рентгеновское исследование — рентгеноскопия и рентгенография, причем решающее значение в постановке диагноза язв желудка и duodeni имеют ниши Haudeck'a, обнаруживаемые рентгенограммой. Считаем нужным тут же отметить, что мышечный спазм стенки 12-перстной кишки часто препятствует выявлению ниш, особенно спазм продольной мускулатуры (taenia bulbi). Поэтому прежде, чем сделать рентгенограмму, мы расслабляем стенки 12-перстной кишки, давая больному в течение 48 часов каждые 4 часа по 20 капель t-rae belladonnae при одновременной строгой молочной диете. При этом условии удавалось за последнее время в большем % случаев доказать ниши. Для смешанных пилорических язв большей частью бывает характерна следующая комбинация: гиперсекреция, замедленное опорожнение и пилороспазм.

Переходя к вопросу о терапии язв желудка и duodeni, прежде всего коснемся вопроса о том, каково должно быть лечение язв, — хирургическое или терапевтическое?

Безусловным показанием к хирургическому лечению являются, во-первых, органические стенозы желудка и 12-перстной кишки II и III степени, которые ведут к тяжелым нарушениям двигательной функции. Легкие нарушения двигательной функции, если они даже причиняют страдания, — не являются абсолютным показанием к хирургическому лечению. Наши собственные наблюдения нам говорят, что при лечении покоем, диетой и внутренними средствами запоры у язвенных больных прекращаются, и боли совершенно исчезают. Нам думается, что в таких случаях мы поступим правильно, если вначале будем прибегать к консервативному лечению, — тем более, что и результаты хирургического вмешательства, как видно будет дальше, здесь не совсем блестящи.

Во-вторых, хирургическое вмешательство показывают кровоточащие язвы желудка, когда невозможно остановить кровотечение, и возникает опасность для жизни. В таких случаях операция является жизненноспасительным средством. В тяжелых случаях перед нею рекомендуется произвести переливание крови.

Наконец, немедленно показано, конечно, оперативное вмешательство при подозрении на прободение язвы.

Хирурги указывают, кроме того, что хирургическому лечению подлежат все случаи язвы, где на рентгенограмме имеется ниша *Naudeck'a*. Мы полагаем, однако, что наличие ниши еще не является безусловным показанием к операции. Сообщения многих авторов и наши наблюдения говорят, что язвы желудка с сравнительно большими нишами могут поддаваться терапевтическому лечению, и в рентгенограмме, — правда, очень редко, — ниши исчезают после лечения. Равным образом и место язвы не может служить показанием к хирургическому вмешательству. Нам приходится наблюдать, что парапилорические и дуоденальные язвы поддавались длительному излечению и без операции. Правда, мы часто передаем таких больных хирургу вследствие наличия у них болезненных сращений с другими органами. В общем, однако, мы думаем, что хирургическое вмешательство должно ограничиваться только тремя вышеуказанными группами случаев — тем более, что вопрос о целесообразности оперативного лечения язв желудка и *duodeni* еще не решен окончательно.

Имеется много сообщений о плохих результатах от всякого метода оперативного вмешательства при язвах. Причинами смертности непосредственно вслед за операцией являются здесь разрывы швов, кровотечения, слабость сердечной деятельности (бурая атрофия сердца), послеоперационное воспаление легких и плевры, смертельная эмболия и всасывание после операции бывшего до того латентным *tbc* процесса в легких. Послеоперационные осложнения различны при различных оперативных методах. Так, после гастро-энтеростомии возникает опасность 1) стеноза *pylori*, 2) образования гастро-энтеростомической болезни и хронических желудочно-кишечных диспепсий, 3) опасность злокачественного перерождения неудачных язв, 4) *ulcus pepticum jejuni*.

Попов ¹⁴⁾, производя у собак гастро-энтеростомию и одновременно выключая привратник по *Eiselsberg'y* или *Biondi*, всегда получал недалеко от анастомоза пептическую язву тонкой кишки. Часто получались пептические язвы также после резекции по *Billroth'y II*, иногда и после резекции по *Billroth'y I*; на этом основании Попов приходит к выводу, что выключения привратника при язвах делать не следует. Бурденко ¹⁵⁾ указывает, что после гастро-энтеростомии слизистая кишечника нередко выпячивается в желудок, особенно при *hyperaciditas*, что может служить причиной образования пептической язвы; поэтому после гастро-энтеростомии следует, по Б., осреднять желудочное содержимое. Спасокукотский ¹⁶⁾ полагает, что причиной образования пептической язвы нередко служит непрерывный шов, в силу чего он должен быть заменен узловатым. Соколов ¹⁷⁾ напоминает, что шов *Bier'a* не предохраняет от образования пептической язвы, причем последняя развивается в силу особого предрасположения: есть желудки, которых буквально нельзя трогать.

Этот краткий обзор осложнений после гастро-энтеростомии говорит нам определенно, что гастро-энтеростомия должна ограничиваться только теми редкими случаями, которых невозможно радикально оперировать, будь это вследствие анатомических изменений, или вследствие плохого общего состояния больного. Резекцию привратника, как выше было указано, следует безусловно оставить. При поперечной резекции желудка часто возникают пилороспазмы, и появляются страдания от нарушения кислотности. Способы, предложенные *Madlener'ом* и *Flörden'ом*,

также не приводят к излечению язв желудка и 12-перстной кишки. О частоте *ulcera peptica* после резекции по Billroth'y II имеются сообщения противоречивого характера. Операция по Billroth'y I представляет собою физиологические отношения, если она не захватывает большей части желудка; но и эта методика имеет свои отрицательные стороны, — технически она трудна, и при ней может образоваться стеноз привратника.

За последнее время проф. Богораз¹⁸⁾ предложил при язвах желудка и 12-перстной кишки производить холецистогастростомию, которая меньше нарушает физиологические отношения желудка. Результаты, полученные от этой операции, впрочем не лучше, чем от других, указанных выше, способов. Так, напр., Терebinский¹⁹⁾ приводит случай, когда через год после операции Богораз больного вторично пришлось оперировать по поводу болей, причем *sub operatione* у него оказался камень желчного пузыря. Операция эта безусловно опасна еще из-за инфекции, могущей попасть из желудка в желчные пути.

Характерно, что все вышеуказанные осложнения после оперативного вмешательства наблюдаются исключительно у язвенных больных, и их не бывает у тех оперированных раковых больных, которые остаются долго жить после операции. Как объяснить это явление? Ответ на это можно получить, если мы глубже вникнем в сущность патогенеза язв желудка и происхождения болей при них и язвах *duodeni*. Предварительно, однако, следует указать, что этиология язв желудка и *duodeni* очень сложна, и бывает множество причин, которые сами по себе, или в комбинации с другими, ведут к заболеванию. По некоторым авторам самой важной из этих причин является инфекция. Gruber¹²⁾ предполагает, что *ulcera rotunda* могут образоваться от первичного язвенного гастрита. Konjetzny и Puhl¹³⁾ могли доказать на 140 резекционных препаратах наличие гастрита или дуоденита в каждом случае язвы, причем всегда была поражена слизистая *pylori*, слизистая же *fundus'a* часто не поражается; из 140 случаев в 35 микроскопически можно было обнаружить явные дефекты слизистой в области гастрической зоны. На основании своих данных авторы не придают значения пептическому действию желудочного сока в образовании эрозий; они не могли также доказать и никаких изменений в сосудах и полагают, что в возникновении язвы играет большую роль воспаление, роль же сосудов здесь незначительна. При этом язвенные гастрит и дуоденит во многих случаях протекают с типичным анамнезом язвы, хотя язва при них зачастую отсутствует, и имеются только эрозии. Хронической язва становится исключительно благодаря механическим условиям в смысле Aschoffa, или благодаря образованию на воспалительном пути одной или многих эрозий.

Posselt²⁰⁾ указывает на частое энтерогенное происхождение язвы желудка и *duodeni*. Кровавые поносы, даже в нетипичных формах, вызывают, по этому автору, тяжелые гастриты и язвы желудка, в доказательство чего он приводит 36 историй болезни. При этом Posselt мог доказать наличие специфических возбудителей Schiga и Flexner'a путем посева из крови и слизистой желудка. Энтерогенное происхождение пептических язв может иметь место не только при кровавом поносе или тифе, но и другие заболевания пищеварительного тракта в состоянии вызвать язву желудка. В одном случае язвы *duodeni* в качестве причинного момента можно было доказать бациллу инфлюэнцы.

Кишечные язвы могут повести к образованию дуоденальных язв. Автор думает, что часть язв duodeni, наблюдаемых при дизентерии,—чисто-дизентерийного характера. В других случаях мы имеем дело со вторичными метастатическими язвами при септикопиемическом процессе дизентерии. Как третий момент, можно выставить непосредственное ядовитое действие дизентерийных бактерий.

Исходя из того, что инфекция кишечника, особенно дизентерия, играет столь большую роль в происхождении язв желудка и duodeni, следует высказаться в пользу профилактической терапии язв: язвенные больные в таких случаях должны быть лечимы, как больные с инфекцией кишечника, причем в каждом отдельном случае должна быть установлена этиология и, конечно, предпринять лечение основного страдания.

В образовании язв желудка и 12-перстной кишки играют роль и многие другие моменты: артериосклероз, висцеральная гипер- и гипотония, хлороз, сифилис, индустриальная интоксикация, внутрисекреторные нарушения, травма (Smithies). Особенно важно, что нарушения со стороны нервной системы могут вести к образованию язв. Так, K a n f m a n n указал, что психические моменты могут играть важную роль в происхождении и при лечении язвы. Важны также нарушения в совместной работе vagus'a и sympaticus'a, ведущие к пилороспазму. З и м н и ц к и й ²¹⁾ думает, что первичным активным моментом при язвах желудка является свойство среды,—ацидоз с последующей ваготонией и обусловливаемой ею спазмофилией. Правда, в настоящее время еще не решен окончательно вопрос, происходит ли пилороспазм на нервном пути через вегетативную нервную систему, или, быть может, имеются факторы, которые непосредственно действуют на глубокую мускулатуру. Эта возможная конституциональная наклонность к местным спазмам глубокой мускулатуры, понятно, не может быть устранена оперативным путем. Спазм появляется снова через некоторое время после операции с образованием или без образования язвы. Так по крайней мере можно объяснить довольно частое появление страданий после операций. Далее, нарушения в корреляции эндокринной системы в комбинации с нарушением автономной системы играют роль в происхождении язв. Оперативное вмешательство на надпочечниках (Finzi, Elliot) может вызвать язвы. По мнению Friedman'a нарушения в органах внутренней секреции ведут раньше к спазмам (вследствие гипофункции parathyreoideae или надпочечников, или гиперфункции щитовидной железы), затем следует атония (вследствие гипофункции щитовидной железы и гиперфункции parathyreoideae или надпочечников). Вслед за этим появляется нарушение кровообращения и некроз.

Что касается роли гиперхлоргидрии и гиперсекреции в образовании язв, то она оспаривается. Оспаривается также точка зрения Katzenstein'a ²²⁾, что язва желудка происходит от нарушенного нормального отношения пепсина желудочного сока к антипепсину. Для образования язв желудка и duodeni имеют безусловное значение травмы, как наружные (образование язв у портных и сапожников вследствие принужденного наклонного положения), так и внутренние (язвы желудка у кутил, у алкоголиков и у таких, которые употребляют большое количество перепереваренной пищи). В происхождении язв, наконец, играют роль и ортостатические моменты, особенно у лиц с астенической конституцией и у энтероп-

тотиков. У них в стоячем положении вследствие натягивания связок наполненным желудком происходит сдавление сосудов, питающих, главным образом, малую кривизну, и при этом могут образоваться местные нарушения питания.

Коснувшись в общих чертах этиологии язв желудка и duodeni, мы считаем нужным указать, что в каждом отдельном случае необходимо заранее узнать причину происхождения язвы, прежде чем применять ту или иную терапию. Относительно вопроса о применении хирургических или терапевтических методов лечения нам кажется, что вопрос о хирургическом вмешательстве может быть решен в положительном смысле только относительно трех вышеуказанных категорий случаев. Во всех остальных случаях, прежде чем передать больных хирургу, следует попытаться лечить их внутренними средствами. Если терапевтические мероприятия окажутся безуспешными в том смысле, что объективные страдания не уменьшаются, или те же жалобы повторяются при возвращении в свою обычную обстановку, или, наконец, часто появляются рецидивы, тогда рекомендуется оперативное вмешательство и в неосложненных случаях язвы. Еще одно обстоятельство заставляет терапевта воздержаться от оперативного вмешательства. Каждый терапевт, который много случаев язвенных больных передавал хирургу, знает, что хирург часто при операции ничего не находит. Быть может, это объясняется тем, что язва была слишком поверхностна и мала. Но нам известны случаи, где язв вообще не оказалось. Можно ли считать, что в последних случаях был поставлен неправильный диагноз? Morawitz²³⁾ предполагает, что может быть язвенная болезнь без язвы (Ulcuskrankheit ohne Ulcus). Он считает, что на почве конституционального предрасположения может появиться длительный спазм в области мускулатуры желудка, что рентгеноскопически выражается втягиванием в области большой кривизны желудка. Но мы имеем возможность отличать функциональный спазм от органического. Для этой цели мы перед рентгеноскопией вводим подкожно 0,001 atropini sulfurici или 0,01 papaverini. В первом случае спазм исчезает, в последнем—остается. Понятно, что при конституциональном предрасположении к спазмам никакая операция не избавит больного от страданий. Мы считаем, что лечение язв желудка и duodeni должно находиться лучше в руках терапевтов, чем хирургов, по высказанным выше соображениям. Но при этом нужно решить вопрос, какой терапевтический способ лечения является наилучшим. В настоящее время применяются в клиниках больше всего 4 метода: метод Leube²⁴⁾, Lenharz'a²⁵⁾, Яроцкого²⁶⁾ и Sippy. В нашей клинике Leube-kur применялся в 37 случаях, в 15 случаях Sippy-kur, в 4-х—способ лечения Яроцкого. На поликлиническом материале в 26 случаях мы применяли Sippy-kur. Является необходимостью в нескольких словах коснуться двух способов лечения, применяемых нами—Leube и Sippy. Общими для этих обоих методов являются щадящая диета, постельный покой, применение теплых компрессов; но в то время, как Leube применяет шепчи в форме порошков различного состава не более 3-х раз в день, Sippy придает особое значение как можно более частому нейтрализованию соляной кислоты. Каждые $\frac{1}{2}$ часа дается поочередно Na bicarbonicum+magnes. usta aa 0,5 и Na bicarbonicum 1,5+calc. carbonicum 0,5. Если преобладают запоры, то дают, главным образом, первую смесь, если преобладают поносы,—вторую смесь. При этом каждый час дается $\frac{1}{2}$ стакана молока. Строго провести предписания Sippy мы не имеем

возможности из-за хозяйственных соображений: мы думаем, что особенного значения это не имеет. Питание больных по Leube и по Sippy почти одинаковое. Питание наших стационарных больных было следующее: 1-ая неделя—6 стаканов молока в день, слизистые супы, 100,0 сливочного масла ежедневно и 2 яйца в смятку; 2-ая неделя—добавлялись сухари из белого хлеба, картофельное пюре, шпинат; 3-я неделя—прибавлялось мясо (телятина, мозги) и рыба, какао, сыры; 4-ая неделя—общий стол, причем на продолжительное время запрещалось есть сырые фрукты, соленые продукты и пряности, черный хлеб, капусту и аналогичные трудно перевариваемые растительные продукты (огурцы, редька), также сало и жирное мясо. При таком питании стационарные больные в первую неделю получали приблизительно 1500 калорий в день. Начиная со второй недели больные начинают прибавляться в весе.

Результаты лечения от Leube-kur:—из 37 больных, леченных по Leube, мы получили успешные результаты у 15-ти=40,5%. Боли очень быстро успокаивались, и после 4-недельного лечения больные выписывались выздоровевшими. Тем не менее при повторном исследовании желудочного сока тонким зондом как кислотность, так и тип желудка в большинстве случаев не менялись. Замечалось улучшение опорожнения желудка. Улучшение двигательной функции наступало вследствие прекращения болей, мускулатура желудка приобретала ее нормальные свойства. В болевом периоде мускулатура находится в состоянии депрессии и не в состоянии содержать содержимое желудка удалить в нормальное время. Что касается позднего действия, то трое из выписавшихся в удовлетворительном состоянии снова через 10—16 месяцев попали к нам в клинику, где после применения Sippy-kur'a они опять выписались в хорошем состоянии.

Что касается Sippy-kur, то на основании наших наблюдений—на 15 стационарных больных и 26 амбулаторных—мы можем сказать, что при неосложненных случаях язв желудка и duodeni субъективные явления улучшались уже через 24—48 часов, и мы в 76% всех случаев получили удовлетворительные результаты. Перед началом лечения врач должен получить представление о состоянии кислотности желудочного сока, выяснить, нет-ли стеноза привратника, и, если таковой существует, то какого он характера (спастического, воспалительного или рубцового), далее,—не имеет-ли желудок формы песочных часов, нет-ли недостаточности почек. Описаны случаи в литературе, где через 8—14 дней после начала лечения щелочами появлялись отсутствие аппетита, головная боль, раздражительность, полубезсознательное состояние, сухость языка и кожи, коматозное состояние, повышение мочевины в крови,—иначе говоря, нервные симптомы, вызванные алкалемией и недостаточностью вследствие стеноза привратника. Алкалемия появляется вследствие сильной потери HCl с понижением хлоридов и повышением карбатов в крови. Эти явления исчезают при прекращении лечения щелочами. Описаны даже два смертных случая от Sippy-kur'a. Ранними симптомами отравления щелочами являются отсутствие аппетита и депрессия; все случаи были с язвами duodeni, при язвах желудка этого не наблюдалось. В некоторых случаях был стеноз привратника, в других нормальное опорожнение без рвот. Все больные были старше 40 лет. Только в одном случае было в анамнезе заболевание почек, остальные были здоровы и не имели повышенного кровяного давления. Отсюда явствуют следующие выводы: никакого лече-

ния щелочами язвы 12-перстной кишки при самых незначительных симптомах заболевания почек; прервать немедленно лечение щелочами при самых незначительных подозрительных симптомах; быть осторожным с лечением щелочами при стенозе pylori, где необходимо точное наблюдение за содержанием мочевины в крови. Мы перед началом лечения щелочами тщательно исследуем больного, нет-ли каких-нибудь изменений со стороны почек, и нет-ли органического стеноза привратника. Мы имели эту возможность проделать и на амбулаторном материале, — в нашем распоряжении была прекрасно оборудованная лаборатория и рентгеновский кабинет больницы имени Веры Слуцкой. К счастью, нам не пришлось наблюдать случаев отравления щелочами.

Как объяснить хорошие результаты лечения язв желудка и duodeni по Sippy? Мы считаем, что при этом громадную роль играют покой и щадящая диета. Лечение покоем не оценивается в достаточной степени различными авторами. У некоторых авторов, на основании опытов войны, имеется тенденция быстро приступать к режиму амбулаторному. Мы не разделяем этой тенденции. В упорных случаях комбинированное лечение покоем и диетой являются терапевтически-диагностическим средством, где ex juvantibus можно проверить диагноз и дать заключение об операции. При покое безусловно устраняются ортостатические моменты. Малая кривизна или ligamentum hepato-gastricum расслабляется при постельном покое, особенно при высоком положении таза и при лежании на левом боку. Что касается влияния щелочей, то ни одна из щелочей не обладает свойством в дозах терапевтических понижать кислотность желудочного сока. Нам приходилось наблюдать 4 случая, где больные выпивались в хорошем состоянии, а кислотность желудочного сока не только понизилась, но даже повысилась; кроме того, мы наблюдали благоприятный эффект щелочей при язвах, сопровождаемых пониженной кислотностью желудочного сока. Благотворное действие щелочей основано главным образом на их спазмолитическом действии и на их способности ускорять опорожнение желудка. Повышенная моторная функция обусловлена, повидимому, усилением тонуса и перистальтики, что удается установить рентгенологически (Аркусский²⁷). На нашем амбулаторном материале мы не имели возможности соблюдать такого строгого постельного покоя и диеты, и, тем не менее, нам пришлось наблюдать, что 18 больных из 26 в течение короткого времени избавлялись от болей, и у них улучшалась двигательная функция. Мы не разделяем крайней точки зрения Porges'a²⁸), что больные могут при лечении щелочами есть смешанную пищу и не нуждаются в постельном покое. Мы сажали наших амбулаторных больных на более или менее щадящую диету и рекомендовали по мере возможности лежать. Конечно, провести эти мероприятия в амбулаторной обстановке не всегда удавалось. С культурными членами семей застрахованных мы проводили это лечение с хорошими результатами, но для самих застрахованных Sippy-kur невозможно провести трудностей, в особенности тогда, когда они должны исполнять свою повседневную работу.

Morawitz прибавляет к Sippy-kur'y атропин, который небольшими дозами распределяется в течение всего дня. Средство это дается в пилюлях по $\frac{1}{4}$ mg. Следует отметить, что чувствительность больных

к атропину—индивидуальная: некоторые переносят атропин до 10 mg. pro die без явлений отравления: у других же уже после 2—3 mg. атропина появляются сухость во рту и парез аккомодации. Так как мы заранее не можем знать, в каждом отдельном случае, выносливость к атропину, то следует применять его осторожно,—начинать с 1 mg. pro die, разделяя на 4 пилюли, и повышать каждый день до появления сухости во рту. Атропин расслабляет спазм и действует угнетающим образом на секрецию.

За последнее время некоторые клиники применяют парэнтеральную протеиновую терапию, как метод лечения язв желудка и duodeni. Этот способ был предложен 5 лет тому назад Holler'ом и Pribram'ом. За это короткое время появились многочисленные сообщения. Большинство авторов видело хорошие результаты от применения протеиновой терапии (Schmidt²⁹), Pribram³⁰), Friedrich³¹) и др.). Инъекция протеиновых тел действует возбуждающим образом на регенерацию при хроническом воспалении язвы и уменьшает спазм мышц желудка и мелких сосудов. Для успешного лечения необходимо появление ясной реакции, хотя-бы и общей. Большинство авторов считает, что при всякой язве можно попытаться применять протеиновую терапию. Они получили в 50—70% положительные результаты. Противопоказанием для протеиновой терапии являются острые и подострые туберкулезные процессы. В тех случаях язвы, где протеиновая терапия не давала никакого эффекта, авторы не могли достигнуть успешных результатов и другими консервативными методами лечения; напротив, протеиновая терапия часто помогала в тех случаях, где всякие другие терапевтические мероприятия были безуспешны. После 2—3 безрезультатных курсов лечения необходимо оперировать. Относительно протеиновой терапии имеются сообщения и противоположного характера. Öhnel³²) на основании своего собственного материала думает, что протеиновая терапия не является идеальным средством для излечения язв. Сдержанно к парэнтеральной терапии относятся также и другие авторы (Marx³³), Penzold³⁴), Morawitz, Gohrband³⁵) и друг.). Мы считаем, что протеиновую терапию можно применять и в дальнейшем, но при одновременном применении диеты и покоя—в противовес мнению Friedrich'a, что протеиновую терапию можно проводить амбулаторно. При этом, конечно, важен род применения и дозировка. Интравенозная инъекция—наилучший способ. Род примененного белка не играет роли. Влияет-ли протеиновая терапия на секрецию желудка,—нет единения во взглядах: Holler считает, что после применения протеиновой терапии кислотность падает, но это отрицается Kalk'ом и большинством других авторов.

За последнее время появились сообщения об удовлетворительных результатах лечения язв желудка и duodeni рентгеновскими лучами. В большинстве случаев замечается улучшение уже после применения первой серии рентгеновских насвечиваний,—в среднем через 14 дней после аппликации гастралгия исчезает; правда, локальная чувствительность при давлении остается еще некоторое время. С исчезновением болей повышается аппетит, прибавляется вес. На кислотность рентгеновские лучи не оказывают действия. Очень благоприятное действие рентген оказывает при кровотечениях из язв, как выражение одновременного насвечивания печени и селезенки. Прекращаются также и спастические запоры. Рентгенотерапия хорошо действует при плохо функционирующих анасто-

мозах. Она расслабляет спазм на месте анастомоза. На основании литературных данных мы считаем, что уместно было-бы пока ограничиться применением последовательного рентгеновского лечения язвенных больных после операции.

Мы не имеем возможности остановиться на многих других способах лечения язв желудка—Яроцкого, Coleman'a³⁶), Zahn'a³⁷), но нам хотелось-бы в заключение сказать несколько слов о питании дуоденальным зондом язвенных больных. Творец дуоденального зонда Einhorn впервые применил его и с терапевтической целью. При *ulcus ventriculi* или *duodeni* он оставляет его лежать в 12-перстной кишке 10—12 дней (другие авторы—даже до 25 дней, создавая тем самым язве полный покой без всякого ущерба для питания). Обращают при этом внимание на тщательный уход за ртом. Raffaele³⁸) модифицировал методику Einhorn'a в том смысле, что он уменьшил разовые количества еды в течение дня до трех раз при одновременном ограничении числа калорий, так как при этом устраняется необходимость такого частого введения зонда, которое связано с неприятными субъективными ощущениями. При применении этого способа лечения бывают, правда редко, осложнения. Описаны случаи с перфоративным перитонитом и отеком голосовой щели. Поэтому некоторые авторы рекомендуют вводить зонд ежедневно. Мы считаем, что вряд-ли этот способ лечения получит более или менее широкое распространение.

Резюмируя все вышесказанное, приходим к следующим выводам:

1) В происхождении язв желудка и *duodeni* играет роль множество факторов, как конституциональных, так и приобретенных.

2) Для диагностики язв желудка и 12-перстной кишки имеют значение из клинических симптомов болезненная зона Mendel-Boas'a и *defense m. recti abdominis* при ударе пальцами. Симптомы Boas'a, Опенховского, Гербста и др. встречаются реже.

3) Для диагностики язв желудка и *duodeni* кислотность желудочного сока и исследование кала на скрытое кровотечение не имеют того значения, какое им приписывается многими авторами.

4) Гиперсекреция, замедленное опорожнение и пилороспазм—эта комбинация большей частью характерна для смешанных пилорических язв.

5) Важное значение для диагностики имеют анамнез и рентгеновское исследование (рентгенограмма, ниши Haudeck'a).

6) Лечение язв желудка и *duodeni* должно быть, главным образом, консервативное.

7) Абсолютным показанием к хирургическому вмешательству являются 1) кровоточащие язвы, если больным грозит опасность погибнуть от кровотечения, причем у больных, потерявших много крови, операции должно предшествовать кровопереливание; 2) органические стенозы желудка, ведущие к тяжелым нарушениям двигательной функции; 3) подозрения на прободение язв желудка и *duodeni*. При неосложненных язвах желудка и *duodeni* хирургическое вмешательство рекомендуется только после безуспешного лечения внутренними средствами.

8) Послеоперационные осложнения различны при различных оперативных методах, не говоря уже о непосредственной смерти после операций. После гастро-энтеростомии—1) опасность стеноза привратника; 2) образование гастро-энтеростомической болезни; 3) опасность злокачественного перерождения неудаленных язв; 4) образование *ulcera peptica jejuni*. Нелучшие результаты получены и от других способов опера-

тивного вмешательства (Billroth I, Billroth II, cholecystogastrostomia по Богоразу).

9) Из консервативных способов лечения лучшим является Sipru-kur,— по нашим наблюдениям в 76% удовлетворительные результаты. Leube-kur давал только 40,5%. Sipru-kur надо применять, главным образом, стационарно; амбулаторно только в тех случаях, где невозможно его провести стационарно из-за социальных условий. При этом постельный покой и щадящая диета играют громадную роль. Щелочи действуют спазмолитически и ускоряют опорожнение желудка. На кислотность желудочного сока щелочи не влияют.

10) Протеиновую терапию можно применить при одновременном назначении постельного покоя и диеты. Противопоказанием являются острые и подострые туберкулезные процессы.

11) Рентгеновскую терапию рекомендуется применять после операций.

12) Лечение по способу Einhorn'a дуоденальным зондом не может иметь широкого распространения.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Gerhardt. Berl. kl. W., 1888, S. 74; D. m. W., 1888 S. 349; Jenaer med. Ztschr., III S. 522.—2) v. Sohlern. Berl. kl. W., 1889, № 14.—3) Кузьминых. Диссертация, 1892, СПб.—4) Павлов. Лекции по физиологии.—5) Бабкин. Внешняя секреция пищеварительных желез.—6) Зимницкий. Диссертация, СПб, 1901.—7) Гехтман. Журнал для усов. врачей, № 9, 1925.—8) Hess, Leo und Faltischek. W. k. W., № 6, 1925.—9) Boird, Campbell. Guy's hosp. reports, t. 74, № 3, 1924.—10) Локтионова. Тр. Съезда российских терапевтов в Петрограде 25—30 сентября 1922.—11) Филимонов. Тоже.—12) Gruber. W. kl. W., №№ 47—48, 1925.—13) Konjetzny und Puhl. Zbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anatomie, Bd. 36, Ergänzt. H., 1925.—14) Попов. XVIII Всесоюзный Съезд Хирургов. Москва 27—30 мая 1926.—15) Бурденко. Тоже.—16) Спасокукотский. Тоже.—17) Соколов. Тоже.—18) Богораз. Тоже.—19) Теребинский. Тоже.—20) Posselt. Arch. f. Verdauungskr., Bd. 34, H. 3/4, 1925.—21) Зимницкий. Врачебное Дело, № 23, 1926.—22) Katzenstein. Berl. kl. W., 1908, № 39.—23) Morawitz. M. m. W., № 47, 1925.—24) Leube. Arch. f. klin. Med., XXXII, 1879.—25) Lehnhartz. D. m. W., 1890, № 6.—26) Яроцкий. Schw. med. W., № 23, 1925.—27) Аркусский. VI Съезд рентгенологов и радиологов в Ленинграде 21—25 мая 1926.—28) Porges. W. kl. W., № 39, 1925.—29) Schmidt. Med. Kl. № 48, 1924.—30) Pribram. D. m. W., № 4, 1925.—31) Friedrich. M. m. W., № 11, 1925.—32) Öhnel. Svenska läkartidningen, № 32, 1925 (Швеция).—33) Marx. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chirurgie, Bd. 38, H. 4, 1925.—34) Penzoldt. Fortschr. d. Therapie, H. 8, 1925.—35) Gohrbandt. Kl. W., № 52, 1925.—36) Coleman. Transact. of the Assoc. of Americ. physic., t. 39, 1924, 37) Zahn. D. m. W., № 34, 1924.—38) Raffaele. Rif. med., № 36, 1925.